

整形外科問診票

40歳以上の方はお答えください

要介護認定を受けていますか？

いいえ・はい(要支援・要介護・申請中)

記入日： 年 月 日

氏名： 年齢： 歳 身長： cm 体重： kg

ご職業： または 学年：

1. 本日はどのような目的で来院されましたか？

診察 検査 注射 投薬 リハビリ その他 ()

2. 右の図に診察を希望する部位に○印をつけてください。

※複数箇所ある場合は、痛みが強い順に番号をつけてください。

3. 受傷日または発症時期はいつですか？

① 年 月 日 または 月頃から

② 年 月 日 または 月頃から

③ 年 月 日 または 月頃から

4. 受傷機転：何をしてそうになりましたか？

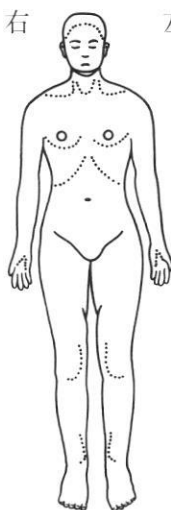
()

5. 症状を教えてください。

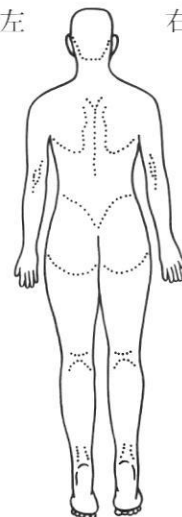
痛み しびれ はれ

()

右 左



左 右



6. 今回の症状で他の医療機関を受診していますか？

いいえ はい (医療機関名：)

7. 「6.」で「はい」と答えた方のみ受診内容をお答えください。

診察 レントゲン MRI・CT 投薬 注射 手術 リハビリ その他 ()

8. 今までに同じ部位を治療したことがありますか？

いいえ はい (時期： / 症状：)

9. 注射や薬物でアレルギー反応をおこしたことはありますか？

いいえ はい (□かゆみ □発疹 □気分不良 □ショック / 薬品名：)

10. 現在、治療している病気またはお薬を飲まれていますか？

いいえ はい ()

11. 女性の方にお聞きます。現在、妊娠の可能性はありますか？ いいえ わからない はい

12. リハビリテーションが必要な場合、理学療法士の性別について希望はありますか？

いいえ 男性スタッフ希望 女性スタッフ希望 ※治療内容によってはご希望に添えない場合がございます。

13. 当院のことをどのようにして知りましたか？

知人の紹介 (様) 駅看板 ホームページ SNS その他 ()